



所属所コード： \_\_\_\_\_

所属所名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

## 希望人間ドックキャンセル届書

(定年齢ドックは別紙 1)

|  |            |        |
|--|------------|--------|
| 職員番号 (氏名の記入は必要なし)  | キャンセル医療機関名 | キャンセル日 |
|  |            |        |
| ドック種別  |            |        |
| <input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1日(胃透視) <input type="checkbox"/> 35歳1日<br><input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 配偶者1日 |            |        |
| キャンセルの理由 (詳しく記入してください)   |            |        |
| ※共済記入欄   |            | 消      |
|  |            | 病院連絡   |
|  |            | 郵送     |
|  |            | ノート入替え |
|  |            | PC入替え  |
|  |            | 通知書    |
|  |            | 利用券    |

注：FAXのため文字がつぶれて読みにくい場合があります。楷書で丁寧にご記入ください。

注：再度希望の組合員は、空き募集時等に、添付されている用紙でお申し込みください。

公立学校共済組合福井支部長 様

令和 年 月 日

★ FAX 0776 - 20 - 0670 担当 厚生グループ